

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°
751

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Gilbert-Victor TRICAULT

Né le 15 Mars 1907, à FORTAN (Loir-et-Cher)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Moniteur de Clinique Obstétricale
et Gynécologique à la Faculté de Médecine de Paris

LA CÉSARIENNE VAGINALE
CHEZ LA FEMME ENCEINTE
DE MOINS DE QUATRE MOIS ET DEMI

Président : Monsieur BRINDEAU professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Gilbert-Victor TRICAULT

Né le 15 Mars 1907, à FORTAN (Loir-et-Cher)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Moniteur de Clinique Obstétricale

et Gynécologique à la Faculté de Médecine de Paris

LA CÉSARIENNE VAGINALE
CHEZ LA FEMME ENCEINTE
DE MOINS DE QUATRE MOIS ET DEMI

Président : Monsieur BRINDEAU professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1934

Boyen

G. ROUSSY.

I. — Professeurs

MM.	
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maur. VILLARET
	BEZANCON.
	CARNOT.
Clinique médicale	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	PROUST.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGEANT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	N.
	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
BENARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	BAGUENAU	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.	JOANNON	Hygiène.
FEY	Urologie.	LABBE Henri...	Chimie biologique.
GALLIARD	Parasitologie.	LACOMME	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
DE GAUDART		LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale		

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^m J.).. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT..... Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE.... Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI
 ALAJOUANINE .
 AUBERTIN . .
 BRULE
 CHABROL
 CHIRAY
 DONZELOT
 DUVOIR
 HARVIER
 LIAN
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur).
 SEZARY
 } Clinique médicale.

MM.

BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELLIER
 HEITZ-BOYER ..
 MOCQUOT
 MOURE
 QUENU
 SCHWARTZ
 VELTER
 ECALLE.....
 GUENIOT
 LE LORIER.....
 LEVY-SOLAL ...
 METZGER
 } Clinique chirurgicale
 } Clinique obstétricale.

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550404_0004

A MES PARENTS

Qui, sans souci d'eux-mêmes m'ont prodigué ce qu'ils avaient de meilleur.

Ici, je leur en exprime toute ma reconnaissance,

A MA FEMME

Pour l'assurer de ma tendresse.

A MES BEAUX-PARENTS

A la mémoire de mon Cousin BIDEGARAY

Médecin Capitaine, mort pour la France

Mon premier maître en médecine.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur BRINDEAU

Professeur de Clinique d'accouchements
à la Faculté de Médecine

Accoucheur de la Clinique Tarnier

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu me laisser profiter
durant les quatre années passées dans son
service, de son art et de ses précieux con-
seils, me donner le sujet de cette thèse
et m'honorer en la présidant.*

A Monsieur le Docteur VAUDESCAL
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

*Que je suis heureux de remercier ici
avec émotion pour la bienveillante solli-
citude qu'il n'a cessé de me témoigner
en toute circonstance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

- 1927 Monsieur le Professeur PIERRE DELBET.
Monsieur le Professeur WIDAL (*in memoriam*).

Fonction d'externe

- 1928 Monsieur le Docteur ROBERT MONOD.
1929 Monsieur le Professeur agrégé HEITZ-BOYER.

Externat

- 1930 Monsieur le Docteur CHEVRIER.
1931 Monsieur le Professeur BRINDEAU.
1932 Monsieur le Docteur ETIENNE MAY.
1933 Monsieur le Docteur LESNE.

A Messieurs

- le Professeur agrégé LANTUEJOUL.
le Docteur BERNARD DESPLAS.
le Docteur GUELFUCCI.
le Docteur GASTON DURAND.
le Docteur JACQUES DALSACE.
le Docteur JEAN OLIVIER.
A Messieurs les Chefs de Clinique BIDOIRE, BOM-
PART, DESOUBRY, Madame KOURILSKY, de
PERETTI, ADRIEN WEILL.

INTRODUCTION

La césarienne vaginale considérée comme méthode d'interruption de la grossesse est une opération actuellement peu pratiquée chez la femme enceinte de moins de 4 mois 1/2. Le volume du fœtus ne semble pas devoir entraîner une intervention à technique un peu plus délicate que le simple avortement provoqué.

Cependant même dans les grossesses très jeunes, avant 2 mois, il est des cas où la nécessité d'obtenir un résultat tout en réduisant l'hémorragie et le shock au strict minimum constitue une indication formelle de la C. V.

S'il existe un obstacle à la dilatation du col utérin, ce sera de plus la seule intervention possible.

Malgré tous ses inconvénients, le curettage avec dilatation plus ou moins brusque du col utérin est l'intervention pratiquée le plus fréquemment au détriment de la C. V. Comparée au curettage aveugle combien plus sûre est pourtant l'opération de Durrhsen, qui a le mérite de permettre le contrôle de l'évacuation et de ses complications possibles.

C'est pourquoi Monsieur le Professeur Brindeau a bien voulu nous suggérer l'idée de cette thèse. Avec l'aide de Monsieur le Professeur agrégé Vaudescal, nous allons essayer de préciser les indications, de montrer les avantages et les inconvénients de cette opération.

GÉNÉRALITÉS

L'évacuation de l'utérus gravide comprend en réalité trois temps : se créer un passage en dilatant le col, décoller l'œuf, l'extraire. Examinons les deux premiers temps opératoires.

La dilatation du col pourra être obtenue par la mise en place de lamineaires plus ou moins volumineuses selon les cas, et selon que l'on a affaire à une primipare ou une multipare. Souvent d'ailleurs cette première dilatation sera insuffisante. D'où la nécessité d'une seconde pose de lamineaires plus grosses.

Cette méthode, procédé de choix, par l'excitation du col qu'elle réalise, fait contracter le muscle utérin et produit une dilatation très douce, presque physiologique, qui déclenche le plus souvent le travail. Malheureusement, elle exige une perte de temps assez grande, 12 à 24 heures en moyenne, quelquefois plus.

Le ballon de Tarnier qui agit très lentement lui aussi, demande de plus une certaine dilatation pour son introduction et n'est pas toujours efficace.

Tous les autres procédés, dilatateurs que nous mentionnons pour mémoire, et surtout les bougies de Hégar ne triomphent de la résistance du col qu'en

traumatisant plus ou moins la paroi utérine dans ses couches internes particulièrement tant que le travail n'est pas commencé. Un léger écoulement de sang avertit qu'il en est ainsi.

La dilatation est parachevée facilement, mais souvent en accentuant la déchirure qui siège sur les parties latérales peut gagner les régions vasculaires, d'où les hémorragies très abondantes susceptibles de se produire.

On décollera les membranes et on extraira l'œuf par curage digital toutes les fois que cela sera possible. Beaucoup préfèrent vider l'utérus à l'aide de la curette : c'est le procédé employé presque exclusivement par les chirurgiens.

Cette dernière méthode a des adversaires acharnés qui lui reprochent d'être dangereuse et insuffisante.

Dangereuse par les perforations qui s'expliquent si on songe au ramollissement si marqué que présentent certains utérus gravides. Insuffisante car on voit des femmes curettées avec le plus grand soin par des médecins expérimentés, qui expulsent les jours suivants une partie, sinon la totalité du placenta, ce qui entraîne presque toujours ou de l'infection, ou des hémorragies d'abondance variable.

Ces critiques formulées contre le curettage sont peut-être exagérées. Bien souvent, le curettage bien fait permet l'évacuation parfaite de l'utérus. Mais il exige une ouverture du col suffisante pour pouvoir travailler librement dans l'utérus et contrôler à l'aide du doigt la marche de l'opération.

Il est des cols, nous le verrons, qui sans être rebelles à une certaine dilatation par les bougies se laissent forcer juste assez pour le passage, avec peine, de la plus fine curette.

Dans ces cas, c'est une erreur de vouloir faire le curettage. Tous les incidents ou accidents dont on rend responsable cette intervention sont dus à cette pratique. La C. V., en levant l'obstacle du col, permet justement de parer à ces inconvénients.

Ce sont ses indications que nous voulons préciser dans cette thèse, tout en montrant combien l'intervention est facile entre des mains exercées.

INDICATIONS

Nous pouvons déjà prévoir que les meilleurs arguments en faveur de la C. V., considérée comme méthode d'interruption de la grossesse avant 4 mois 1/2 seront d'ordre local, puisque le seul obstacle à l'évacuation de l'utérus est constitué par le col.

Nos observations montrent que souvent le toucher vaginal a permis de reconnaître une altération du col, rigidité anatomique ou pathologique (Obs. n° 1 et n° 5), ce qui a entraîné la pratique de la C. V.

Parfois, après une tentative infructueuse, l'accoucheur a été contraint d'abandonner la dilatation aux bougies (Obs. n° 4) ou au ballon de Tarnier (Obs. n° 15) et faire une opération de Durrshen uniquement à cause de la résistance anormale d'un col apparemment sain.

Par contre, les indications générales d'interruption de la grossesse constitueront rarement à elles seules une obligation de pratiquer la C. V. Presque toujours elles sont compatibles avec une opération plus simple. Mais elles peuvent poser des conditions de rapidité, de sûreté, entre autres, impossibles à réaliser avec des cols présentant une des altérations citées, et ce

qui est encore plus important avec des cols qu'en d'autres circonstances on peut espérer dilater à l'aide de laminaires.

Si nous séparons les indications en deux chapitres, pour la clarté de l'exposition, en pratique c'est aussi de l'ensemble des considérations locales et générales que dépend le choix de l'intervention.

Nous examinerons donc :

1° La dilatation du col normal ;

2° La rigidité anatomique et pathologique du col et leur retentissement sur sa dilatation ;

3° Le volume de l'œuf ou du fœtus de 1 mois à 4 mois 1/2.

Et nous pourrons ensuite discuter facilement la C. V. au cours des différentes maladies nécessitant l'interruption de la grossesse.

I. — Dilatation du col normal

Le col, formé de deux couches musculaires, une interne, une externe, hypertrophiées pendant la grossesse, présente deux orifices : l'interne, de 1 centimètre de haut, formé de fibres circulaires, constitue un véritable sphincter. L'externe, chez la primipare, reste fermé jusqu'à la fin de la grossesse ; chez la multipare est béant, présentant une ou plusieurs encoches, témoins des accouchements précédents.

Pour vaincre cet anneau musculaire de l'orifice interne il faut que le ramollissement par imbibition gravidique soit complet. Sous l'influence des contractions indolores qui se produisent pendant la grossesse

les fibres longitudinales et obliques du corps utérin exercent des tiraillements sur les fibres circulaires du col. Celles-ci ne cèdent qu'au moment où le ramollissement a gagné l'orifice interne, c'est-à-dire 15 jours à 3 semaines avant le travail.

L'effacement du col première partie de la dilatation est alors effectué. Pendant l'accouchement, les contractions douloureuses termineront cette dilatation.

Dans l'avortement provoqué, on ne réussira évidemment pas à obtenir en quelques heures ce résultat, d'autant plus que le ramollissement du col atteint une distance d'environ 3 millimètres du museau de tanche. Cependant les contractions réveillées par les lamineaires amèneront un certain relâchement du sphincter permettant le curetage, soit immédiat, soit après avoir agrandi l'orifice par les bougies de Hégar, et ce sans danger, puisque l'utérus est en travail.

Chez les multipares, où le ramollissement du col est plus rapide et plus marqué, on aura presque toujours un bon résultat après une pose de lamineaires. Bien souvent l'avortement se terminera seul, tant les contractions sont efficaces sur ce col mou, dont l'orifice externe est béant, et il suffira de pratiquer une révision utérine au doigt.

Et même, dans les cas urgents, une dilatation extemporanée aux bougies de Hégar sera encore un bon moyen de dilatation. Le seul obstacle, l'orifice interne, est souvent atteint par l'imbibition gravidique et se laissera distendre facilement. Il y aura bien peu de

chances pour déchirer ce col. Il est donc exceptionnel d'employer la C. V. pour évacuer un utérus de multipare.

Chez les primipares jeunes, la dilatation du col ne rencontre pas de grosses difficultés. La souplesse des tissus, en effet, remplacera le ramollissement incomplet, et les lamineaires, par l'excitation du muscle utérin, parviendront encore à vaincre l'orifice interne.

Ce sera là un procédé facile et sûr toutes les fois que l'avortement ne devra pas être pratiqué immédiatement.

En cas d'urgence, on pourra tenter une dilatation extemporanée aux bougies. Le plus souvent on obtiendra une ouverture du canal suffisante pour passer une curette.

Cependant même sur ces cols souples, il faut s'abstenir de toute manœuvre de force, et savoir abandonner quand on rencontre une résistance anormale. On peut assurément forcer cette résistance ; mais comme nous l'avons vu, c'est au prix de lésions plus ou moins importantes du col. Dans ces cas, par conséquent un seul moyen permet de pénétrer dans la cavité utérine, la C. V., surtout s'il existe des conditions particulières à remplir, exigées par les causes d'interruption de la grossesse.

II. — En rigidité anatomique

Il n'en est plus de même pour les cols atteints de rigidité anatomique. Nous entendons par là les cols de primipare âgée et ceux longs, fermés, de primipare

ou de multipare. Dans nos observations, on voit que toujours, on a pratiqué la C. V. dans les cas de cols longs fermés. C'est qu'en effet, quelle que soit la méthode employée, les résultats obtenus sont bien souvent médiocres.

Deux faits l'expliquent :

1° L'hypertrophie des fibres musculaires et la prolifération de tissu conjonctivo-élastique qui leur enlève cette souplesse suppléant au défaut de ramollissement par imbibition gravidique.

2° La forme même du col, canal rigide, fermé à ses deux extrémités, forme qui rend difficile et parfois impossible l'introduction de la plus petite laminaire.

Si l'utérus entre en travail, les contractions n'agissent pas sur ce col plus ou moins scléreux, ne parviennent pas à vaincre la tonicité du sphincter constitué par l'orifice interne. Il se fatigue vite.

La femme n'aura accusé que quelques coliques bientôt disparues. Et même, il semble qu'il existe un spasme de l'orifice interne du col après ce début de contractions, comme en témoigne la difficulté éprouvée pour retirer le laminaire.

Essaye-t-on de dilater aux bougies à la suite ? On ne fera qu'accentuer ce spasme, et l'orifice interne résistera jusqu'au moment où une déchirure plus ou moins importante permettra un libre passage.

A plus forte raison il vaut mieux ne pas tenter une dilatation immédiate aux bougies de Hégar. Il faudra en effet vaincre l'orifice externe, le canal cervical très long, et l'orifice interne. Si l'accoucheur réussit à faire

pénétrer une petite bougie, il a l'impression de traverser un étui rigide, fermé, pratiquement indilatable. Et en effet, les numéros supérieurs seront passés avec peine, jusqu'au moment où réellement une manœuvre brutale entraînant une véritable « fracture » du col permettra d'achever la dilatation.

Si l'on obtient un petit passage, il sera rarement suffisant pour admettre la plus petite curette. Dans ce cas, l'accoucheur sera peu à l'aise pour reconnaître l'état de la cavité utérine et manier la curette. L'utérus est souvent extrêmement mou ; il peut être déformé, avec une corne profonde. Comment ne pas craindre de perforer le corps utérin !

De plus la révision digitale est impossible, et c'est ainsi que l'on voit des femmes curettées expulser des débris ovulaires les jours suivant l'opération.

Donc, à moins que l'utérus entre franchement en travail au moyen de lamineaires, on ne pourra guère espérer forcer ces cols sans risquer de graves complications : déchirures du col et ses hémorragies, perforation utérine, infection *post abortum* par évacuation incomplète. C'est donc là une indication absolue de la C. V., qui en levant l'obstacle du col permet l'évacuation rapide et sûre de l'utérus.

III. — Rigidité pathologique

Toutes les causes de rigidité pathologique aboutissent au même résultat : l'impossibilité absolue de dilater le col. Aussi allons-nous examiner successivement ces altérations acquises.

Parmi celles-ci les plus fréquentes sont les cicatrices de déchirures survenant au cours de l'accouchement ou d'opérations pratiquées sur le col.

Une légère déchirure du museau de tanche est un phénomène presque physiologique. Elle siège habituellement à gauche, et donne au col de multipare son aspect spécial. Nous ne faisons que la signaler, n'ayant aucun retentissement sur sa dilatation.

Beaucoup plus importantes sont les grandes déchirures spontanées ou artificielles. Spontanées, elles sont dues à des anomalies de contraction, à une malformation utérine faisant obstacle à la descente de la présentation. Artificielles, elles reconnaissent avant tout les procédés de dilatation instrumentale, toujours aveugles, facilement brutaux, les plus rapides étant les plus mauvais. Puis les applications de forceps incorrectes, et l'extraction du siège ou de la tête dernière.

De toutes façons, ces déchirures, qu'elles soient du segment vaginal ou sus-vaginal, se sont cicatrisées bien souvent dans de mauvaises conditions d'asepsie. La muqueuse s'enflamme chroniquement, et l'on peut voir se développer une métrite parenchymateuse. Le tissu cicatriciel qui succède à la déchirure forme un noyau dur, véritable cheville cicatricielle, obstacle insurmontable quant à l'évacuation de l'utérus.

Il en sera de même pour les opérations pratiquées sur le col, en particulier l'amputation à la Schroëder, qui substitue une surface saine à une surface malade, par excision partielle de la muqueuse cervicale et du tissu sous-muqueux.

Opération parfaite quant à la guérison de l'endométrite elle peut malheureusement être suivie d'une sténose du col, sténose fibreuse serrée, qui rend illusoire tout procédé de dilatation du col.

Le traitement de la métrite cervicale chronique par le Filhos entraîne parfois la formation de tissu cicatriciel dense qui amène le rétrécissement de l'orifice externe surtout si on ne dilate pas le col à l'aide de bougies de Hégar après la destruction des glandes infectées.

Enfin, l'endométrite elle-même est une cause de difficulté à la dilatation, surtout dans ces métrites survenant en dehors de la puerpéralité. Le col s'hyperphrobie ; il peut être élargi à son extrémité inférieure, en bouchon de Champagne. Chez les multipares, à orifice externe étroit, sa partie moyenne se renfle en barillet. Il est dur, bosselé par des noyaux fibreux cicatriciels et par des glandes de la muqueuse transformées en kystes. De plus, il se produit une prolifération conjonctive, interfasciculaire, qui peut aboutir à la sclérose.

C'est là une des rigidités pathologiques la plus importante avec la syphilis, d'ailleurs moins fréquente, soit syphilis primitive, soit scléreuse.

Il est rare que le chancre soit suffisamment volumineux pour occuper tout le col utérin, malgré ses tendances phagédéniques au cours de la grossesse. Il ne sera pas un obstacle absolu à la dilatation du col par les lamineuses, au contraire de la sclérose syphilitique, beaucoup plus importante au point de vue dystocie.

Elle occasionne un véritable rétrécissement comparable à la sclérose syphilitique du rectum qui peut envahir tout le col et même dans les grossesses plus âgées tout le segment inférieur. Sa dilatation est par suite impossible.

Toutes ces lésions aboutissent à deux sortes d'altérations du col, aussi incompatibles l'une que l'autre, avec une dilatation instrumentale ou à l'aide de lamineaires.

Il peut former un conduit scléreux, rigide, soit en totalité, soit en partie. L'imbibition gravidique n'a aucun effet sur ces tissus cicatriciels. Aucun ramollissement ne vient permettre aux contractions utérines de relâcher les fibres musculaires de l'orifice interne, donc le rendre perméable. Quand on essaye de passer une bougie filiforme, la main guide sent l'instrument franchir un rétrécissement dur, serré, impossible à dilater mécaniquement.

S'il existe seulement des noyaux cicatriciels, le danger est plus grand. Il semble, après une résistance difficile à vaincre, qu'on puisse passer des numéros supérieurs. Il faut se méfier et bien savoir que presque sûrement il s'est produit une déchirure au niveau d'un point ramolli, de l'orifice interne lui-même, déchirure qui risque d'être désastreuse si l'on persiste dans cette technique.

Donc la rigidité du col rend inefficace et dangereuse toute tentative de dilatation par lamineaires ou

bougies. Le seul moyen pour lever l'obstacle du col sera la C. V. Elle permettra toujours une évacuation rapide de l'utérus. De plus, la femme pourra garder le bénéfice de l'agrandissement du canal cervical : on constate en effet souvent une amélioration des périodes menstruelles à la suite de cette opération.

IV. — Volume de l'œuf ou du fœtus

Un facteur important entre encore en jeu pour évacuer un utérus gravide : le volume de l'œuf ou du fœtus. Nous allons l'examiner brièvement.

C'est presque toujours après le premier mois que l'on peut être obligé d'interrompre la grossesse. L'œuf est déjà volumineux. Il forme une vésicule grosse comme un œuf de pigeon, contenant un liquide clair, dans lequel nage un embryon de 1 centimètre environ.

Dans l'avortement spontané, il est en général expulsé nu. La caduque s'élimine à part, sous forme de membrane rougeâtre, épaissie, tomentueuse, soit en bloc, soit par petits fragments, car elle est très adhérente surtout si elle est atteinte d'endométrite.

A cette époque il sera donc rare de faire une C. V.; une petite dilatation du col suffira toujours pour vider la cavité utérine. Toutefois, en cas d'endométrite, l'adhérence de la caduque rendra le curettage difficile et nécessitera la révision utérine au doigt. Il faudra donc une large voie d'abord, ce qui pour certains cols rigides est impossible à réaliser autrement que par C. V.

Il en sera de même au cours du deuxième mois, où l'œuf a le volume d'une très grosse noix. Les villosités ont tendance à se localiser et se multiplier à l'un des pôles.

Et dès le troisième mois, un petit placenta est formé. Le fœtus est alors long de 9 centimètres. Le col devra donc être largement ouvert pour permettre l'extraction de l'œuf. A plus forte raison au cours du quatrième mois, où le placenta forme un disque de 9 à 10 centimètres de diamètre et où le fœtus mesure 16 centimètres. De toute évidence, il sera très difficile, sinon impossible, de pratiquer l'avortement thérapeutique avec dilatation du col aux bougies ou lamineaires toutes les fois que l'accoucheur rencontrera une des altérations du col étudiées précédemment.

C'est donc surtout entre 2 mois 1/2 et 4 mois 1/2 que l'on discutera l'opportunité de la C. V. Et déjà on peut affirmer que les seules constatations faites sur l'état du col jointes au volume du fœtus peuvent imposer la C. V.

INDICATIONS GÉNÉRALES

Nous allons voir maintenant quels sont les arguments nouveaux en faveur de la C. V. apportés par les maladies nécessitant l'interruption de la grossesse.

Elles peuvent être classées en 3 catégories :

1° La tuberculose, qui pose des conditions particulières quant à l'évacuation de l'utérus.

2° Les cardiopathies, les vomissements incoercibles, l'albuminurie, les pyélonéphrites qui exigent un avortement pratiqué immédiatement.

Ces maladies sont compatibles avec certains procédés habituels de dilatation.

3° Les syndromes hémorragiques. Ils peuvent être justiciables de cette opération même en l'absence d'une anomalie du col.

Tuberculose

La conduite à tenir en présence d'une femme enceinte, atteinte de tuberculose pulmonaire, a été récemment précisée par Madame Kourilsky dans sa thèse faite à la clinique Tarnier.

Il faut envisager le traitement selon que la tuberculose débute ou non avec la grossesse, et selon la forme évolutive de cette tuberculose. L'avortement thérapeutique doit être réservé :

1° Aux tuberculoses évolutives, récentes, subaiguës, limitées, susceptibles de traitement médical et collapsothérapie. Il permet d'éviter la poussée évolutive des suites de couches et au traitement collapsothérapie de donner ses pleins résultats.

2° Aux poussées évolutives discrètes mais bilatérales, non susceptibles de collapsothérapie et dont l'aggravation représenterait l'impossibilité ultérieure de tout traitement efficace.

3° Aux poussées évolutives récentes, survenant au cours d'une tuberculose fibro-ulcéreuse chronique, limitée et encore curable.

4° Aux très grosses lésions ulcéro-fibreuses, même apparemment bien équilibrées : énormes cavernes du sommet, ou grosse symphyse pleuro-pulmonaire creusée d'ulcérations bacillifères.

L'avortement thérapeutique paraît inutile en cas de poussée évolutive grave, coïncidant avec le début de la grossesse, que cette évolution soit greffée sur une tuberculose ancienne fibro-ulcéreuse, ou soit en apparence primitive, débutant avec la grossesse.

L'interruption de grossesse est également inutile dans les formes fibro-calcifiantes et dans certaines formes fibro-ulcéreuses parfaitement localisées, torpides, quoique bacillifères. Ces formes peuvent supporter une ou plusieurs grossesses, pourvu que celles-ci ne soient pas trop rapprochées et que la femme soit maintenue sous une surveillance médicale rigoureuse, dans de bonnes conditions d'hygiène.

Peuvent également supporter leur grossesse les malades, atteintes de tuberculose, traitées efficacement par pneumothorax depuis plusieurs mois, et ne présentant plus aucun signe d'évolution au moment où survient la grossesse.

L'interruption de grossesse doit être pratiquée avant le quatrième mois, l'avortement thérapeutique tardif étant capable tout comme l'accouchement à terme de déclencher une poussée évolutive. Dans les cas litigieux, il sera indispensable de mettre la malade en observation durant 1 mois environ. De toutes façons, il faudra pratiquer l'interruption de la grossesse après consultation écrite du médecin traitant, d'un phtysiologue et du spécialiste qui opérera.

A cette période, le placenta est déjà individualisé. L'intervention n'est pas en général si urgente qu'on ne puisse attendre 24 à 36 heures le début du travail. Celui-ci peut être provoqué par la mise en place de laminaires, comme nous l'avons vu. Malheureusement on sait combien les contractions utérines ont un effet dangereux dès que le placenta est formé. Elles provoquent souvent, par le brassage du placenta qu'elles réalisent, l'essaimage des bacilles de Koch et risquent de généraliser l'infection tuberculeuse.

Il faut donc évacuer l'utérus sans déclencher les contractions. Toutes les fois que le col se laissera dilater suffisamment et sans dommages avec les bougies de Hégar, on pourra tenter cette technique. Mais entre 3 mois et 4 mois, le volume du fœtus joint à l'obstacle créé par le col rendront bien difficile et parfois impossible l'évacuation de l'utérus. Dans ces cas, on devrait penser bien plus souvent à la C. V. qui permet un avortement rapide et sans danger, au lieu d'essayer une dilatation brutale du col parce que considérée comme plus facile à exécuter.

Cardiopathies

Les cardiopathies n'ont pas toutes le même retentissement sur la gestation. Les lésions congénitales sont mieux tolérées que les lésions acquises par infection. Le myocarde et souvent le foie et les reins sont fréquemment touchés par la maladie, ce qui les fragilise.

Si la grossesse est souvent bien supportée par les

femmes atteintes d'insuffisance aortique rhumatismale, par contre, le pronostic est déjà moins favorable dans les cas d'insuffisance aortique syphilitique avec aortite. Les accidents sont plus sérieux quand la valvule mitrale est lésée, et encore faut-il distinguer les accidents dus à l'insuffisance mitrale, dont l'évolution est habituellement progressive, et ceux de la maladie mitrale et du rétrécissement mitral qui évoluent plus rapidement. Enfin nous signalerons la gravité particulière de la symphyse du péricarde et des myocardites.

Chez ces malades, il faut surveiller tout particulièrement les syndromes cardio-vasculaires, pulmonaires, hépatiques, rénaux. Les troubles constatés à leur niveau peuvent aboutir à la grande asystolie. Ils sont remarquables par leur début précoce et leur évolution régressive sous l'influence du repos et du traitement.

C'est pourquoi l'interruption de la gestation ne devra pas être systématiquement précoce, car on ne sait jamais comment ils évolueront par la suite.

Les indications doivent être basées beaucoup moins sur certaines modifications cardiaques que sur les phénomènes de décompensation périphérique : la répétition et l'abondance des hémoptysies, les signes de grande asystolie, qu'elle soit généralisée ou qu'elle revête la forme à prédominance pulmonaire, et surtout si elle survient brusquement malgré le traitement médical, sont des éléments importants d'appréciation. Il faut attacher aussi une grosse valeur à

l'étude du pouls et de la tension artérielle, ainsi qu'à l'examen radioscopique du cœur et des poumons. En particulier les signes radiologiques de stase pulmonaire seraient une indication absolue d'interrompre la grossesse.

Dans l'arythmie complète, le traitement médical n'a qu'une action momentanée ; seule l'évacuation utérine précoce peut modifier le pronostic.

Dans les autres cas, il faudra tenir compte de la façon dont la malade réagit aux prescriptions médicamenteuses, ce qui constitue une véritable épreuve du traitement. En cas d'échec, ou en face d'accidents graves, on devra intervenir rapidement, considérant l'évacuation de l'utérus comme une opération d'extrême urgence tant les accidents évoluent vite.

Vomissements de la grossesse

Nous nous étendrons peu sur ce sujet, car depuis 10 ans, à la clinique Tarnier, il ne s'est jamais présenté de cas nécessitant l'interruption de la grossesse. Nombreuses sont cependant les femmes présentant des vomissements graves qui ont été traitées dans le service. A la suite d'un examen sérieux, tant pour inspirer confiance à la malade, ce qui fait partie du traitement, que pour éviter une erreur de diagnostic (méconnaître un néoplasme de l'estomac, une méningite tuberculeuse par exemple), la psychothérapie a été instituée, associée au traitement des différents symptômes constatés : constipation, déshydratation, acidose, hypotension.

De plus toutes les fois qu'il a été trouvé une épine organique, en particulier une déviation utérine, une lésion du col, elle a été traitée.

Les résultats obtenus ont toujours été parfaits, aussi n'envisageons-nous pas l'avortement thérapeutique pour vomissements graves.

Evidemment, si l'on est en présence d'une femme dont l'état est grave : amaigrissement extrême, pouls accéléré, température abaissée, urines rares, contenant des urates, de l'albumine, des corps acétoniques, et surtout apparition de névrites ou de polynévrites, il faudrait se préparer à évacuer la cavité utérine. Mais c'est là une éventualité exceptionnelle.

Par contre chez les femmes tuberculeuses, les vomissements fréquents nécessiteront l'interruption de la grossesse, de même que chez les femmes présentant un ictère qui peut devenir grave quand il est dû à l'intoxication gravidique, l'occurrence de vomissements est une raison de plus pour pratiquer l'avortement thérapeutique.

Dans tous ces cas, il faut agir vite et sûrement, éviter toute perte de sang à ces malades dont l'état général est précaire, ne leur faire courir aucun risque post-opératoire.

Albuminurie

L'albumine de la grossesse proprement dite, au début de la gestation, ou cèdera au traitement médical, ou entraînera la mort de l'œuf et par conséquent l'amélioration de l'état de la mère. On aura tout le temps voulu pour évacuer l'utérus.

Par contre la néphrite chronique est réveillée par la grossesse et ses différents symptômes sont exagérés. L'albumine apparaît souvent d'une manière précoce vers le deuxième mois. Son abondance variable est influencée par le régime.

Les deux syndromes chlorurémiques et azotémiques sont plus intéressants à étudier puisque ce sont eux qui entraînent l'indication d'interruption de la grossesse.

Dans les formes graves de rétention chlorurée, apparaissent des complications telles que l'œdème de la papille avec amaurose, ou même des accès convulsifs, ce qui entraîne comme sanction immédiate l'avortement provoqué.

Ces complications peuvent être évitées grâce à un traitement médical sévère. Si elles se produisent, elles surviennent brutalement.

Non moins rapides sont les accidents dus à la rétention d'urée. Ils sont caractérisés par des hémorragies rétinienne en flammèches, de la rétinite albuminurique capable d'entraîner la cécité définitive. La mort par hémorragie cérébrale ou le coma d'emblée sont l'aboutissant habituel de ces cas graves.

Enfin, l'éclampsie, très rare au début de la grossesse

mais d'autant plus grave qu'elle survient tôt. La seule sanction pour sauver la femme : interrompre la grossesse. Ici bien souvent la femme commencera son travail, et l'on pourra espérer terminer l'avortement par curettage ou curage digital, avec dilatation aux bougies s'il en est besoin.

Dans tous les autres cas, en face d'accidents graves, il faut intervenir d'urgence et de la rapidité de l'intervention dépendra souvent l'avenir de la femme.

Pyélonéphrite

Très rares sont les cas de pyélonéphrite obligeant à vider précocement l'utérus. En général, tout se borne à des poussées de colibacillurie réagissant bien au traitement médical.

Cependant, d'emblée, dans la forme typhique, ou au cours de la maladie, l'infection peut prendre une allure grave, avec température à 40°, à petites oscillations. La malade maigrit ; très souvent apparaît l'ictère indiquant une atteinte hépatique de pronostic sérieux. Une diarrhée fétide succède à la constipation.

Plus grave encore est peut-être la pyélonéphrite double. L'état général s'aggrave rapidement. Il faut surveiller attentivement l'élimination urinaire. Si l'on constate une diminution des urines, il faut interrompre la grossesse. Sinon apparaît l'anurie dont on connaît l'évolution redoutable.

De même lorsque les phénomènes locaux s'accroissent, que le rein reste gros et douloureux, de l'al-

bumine vraie est constatée dans les urines, indiquant que le tissu rénal commence à être atteint.

Il faut se résoudre à vider l'utérus, parfois très vite, devant des accidents généraux qui s'aggravent d'heure en heure, et risquent d'emporter le malade avant d'avoir eu le temps d'intervenir. Toute méthode sera parfaite pourvu qu'elle soit rapide et sûre, l'infection ne posant aucune contre-indication opératoire.

Dans toutes ces maladies le pronostic dépendra de la rapidité de l'intervention, du peu d'importance de l'hémorragie, enfin de la vacuité absolue de la cavité utérine, réduisant au minimum les accidents infectieux post-opératoires. On sait en effet combien graves sont ces complications, en particulier chez ces femmes dont l'organisme fatigué, intoxiqué, ne peut faire les frais d'une nouvelle atteinte infectieuse, ou d'une perte de sang peu importante dans un autre cas.

Comment vider l'utérus en remplissant de telles conditions ? On ne peut employer les lamineaires qui exigent une perte de temps considérable.

Restent les procédés de dilatations instrumentales et la C. V. Seules les bougies de Hégar pourront être tentées, car le ballon est trop souvent inefficace, et demande en plus une certaine dilatation pour le poser. Comme le montrent nos observations, si la tentative de dilatation aux bougies est infructueuse,

nous terminons par une opération de Durrhsen. Et si le col est atteint de rigidité anatomique ou pathologique, d'emblée nous pratiquons la C. V.

C'est une intervention peu sanglante, nous le verrons en étudiant la technique et les complications. Elle est toujours possible, et permet un curettage soigneux de la cavité utérine et la revision digitale si importante dans tout avortement. Enfin elle a un dernier avantage : les femmes atteintes de cardiopathies font facilement des hémorragies graves. La C. V. permet d'agir rapidement pour les juguler par tamponnement serré, ergotine intra-musculaire, après s'être assuré sûrement et facilement de la vacuité de l'utérus.

Syndromes hémorragiques

Il nous reste à examiner les syndromes hémorragiques et l'anémie pernicieuse. Dans les premiers mois de la grossesse nous retiendrons seulement l'endométrite hémorragique et la môle hydatiforme.

Les pertes sanguines font leur apparition vers le second mois de la grossesse. D'abord discrètes, elles augmentent d'intensité très rapidement. Bien vite la malade perd du sang presque pur. L'état général s'altère; la face, les extrémités deviennent pâles.. La femme se plaint de céphalée, vertiges, palpitations.

Dans la majorité des cas, l'évolution se fait vers l'avortement spontané. S'il tarde, la mort peut survenir par anémie pernicieuse. D'où la nécessité de pratiquer des numérations globulaires en série pour

se rendre compte de la quantité, de la qualité des hématies, et aussi de la présence d'éléments anormaux du sang.

Lorsque le nombre des globules rouges est inférieur à 2 millions par millimètre cube et que la teneur en hémoglobine est au-dessous de 40 0/00, il faudra interrompre la grossesse.

L'intervention est rendue délicate par l'existence d'adhérences entre le placenta, la caduque épaissie, malade, et la paroi utérine. Ces débris facilement laissés quand on est gêné pour curetter, peuvent être le point de départ d'infection puerpérale.

De plus, le curettage soigneux, complet, modifie la muqueuse et évite les récidives.

Pour toutes ces raisons, nous pratiquons de préférence la C. V. quand il faut évacuer la cavité utérine avant tout début de travail. Seule cette méthode permet d'obtenir sûrement le but à atteindre par le libre accès de l'utérus qu'elle permet.

★★

La môle est une tumeur maligne qui doit être extirpée dès qu'elle est diagnostiquée. La tumeur molaire peut rester entourée de toutes parts par la caduque qui la limite et l'isole de l'utérus. Elle peut au contraire perforer cette caduque, pousser des prolongements dans l'épaisseur du muscle utérin, perforer ce muscle pour devenir sous-péritonéale.

Il faut donc provoquer l'avortement dès que les hémorragies à répétition, les signes toxiques joints à une

augmentation de volume de l'utérus en désaccord avec l'âge de la grossesse permettent de la dépister.

Une seule manœuvre : le curage digital. Le curetage est extrêmement dangereux. Aussi ne faut-il le pratiquer qu'avec d'extrêmes précautions, et dans les seuls cas où le doigt ne réussit pas à tout enlever.

Il ne faut donc pas commencer l'évacuation utérine avec une dilatation qui serait insuffisante dans un cas banal. Le succès de cette intervention dépend d'un col largement ouvert qui permet au doigt de travailler librement dans la cavité de l'utérus, et qui, s'il faut utiliser la curette, donne toute sûreté à cette délicate intervention.

Sinon, on pourra voir survenir dans le *post abortum* de l'infection, des hémorragies, d'autant plus persistantes qu'il restera des fragments de môle *in utero*, toutes complications très graves chez ces femmes anémiées, et surtout la greffe d'une parcelle de tumeur dans le muscle utérin. C'est dire qu'on devra envisager la C. V. dans tous les cas où cette dilatation n'est pas réalisable.

Enfin, dans l'anémie pernicieuse, quelle que soit son origine, le meilleur procédé d'évacuation est la C. V. Elle permet, nous l'avons vu, d'agir vite et de réduire au strict minimum l'hémorragie qui serait fatale à ces femmes dont l'avortement provoqué est lui-même déjà grave.

Dans toute cette première partie de l'exposé nous avons longuement insisté sur les indications de la C. V. pour bien montrer que cette opération n'est pas un pis aller, mais qu'elle rencontre des indications très précisés. De toutes façons elle doit être discutée au même titre que les autres procédés d'évacuation de l'utérus.

Et même, dans ces cas, où l'accoucheur hésite quant au choix de la méthode, elle doit être préférée, puisqu'elle ne rencontre aucune contre-indication et qu'elle met à l'abri de toute complication post-opératoire.

Le seul reproche qu'on peut lui faire est sa technique relativement plus difficile. Or nous allons voir qu'en réalité cette difficulté n'est pas si grande qu'on veut le dire, surtout depuis l'emploi de l'anesthésie épidurale.

ANESTHÉSIE

Avant d'aborder le chapitre de technique opératoire, il nous reste à examiner le mode d'anesthésie.

Question très importante si l'on pense que la C. V. comme nous l'avons envisagée, est souvent une opération d'urgence chez des femmes très affaiblies dont l'organisme a déjà fait les frais d'une grave atteinte.

Anesthésie générale, qu'il s'agisse de chloroforme, d'éther, ou de mélanges : le Schleich par exemple, il ne faut plus y penser actuellement quand il s'agit d'opérer des tuberculeuses, des cardiaques dont le foie, les poumons sont déjà fragilisés par la maladie. Non plus que chez les femmes présentant une pyélonéphrite à évolution rapide, des phénomènes d'intoxication gravidique, dont surtout les reins et le foie ne sont plus capables de supporter un nouvel apport de toxique. De plus ces anesthésiques généraux n'ont aucune action locale, et ne facilitent pas la pratique de l'intervention.

On a alors tenté une anesthésie régionale avec la rachianesthésie. Les résultats ont été bons quant à l'action périnéale. On constate en effet un relâchement complet des régions vulvo-vaginales qui permet

d'obtenir une large voie d'abord sur le col. De plus l'opération est relativement exangue, grâce à la rétraction énergique de l'utérus due à ce mode d'anesthésie.

Malheureusement, il existe des contre-indications formelles :

a) tous les états hypotensifs, en particulier les shockées, les anémiées, les cardiaques. Il ne faut pas faire de rachianesthésie avec une tension artérielle ayant une minima inférieure à 8 au Vaquez ;

b) les azotémies : il est nettement établi que la novocaïne détermine une élévation d'urée transitoire ;

c) les septicémies et les péritonites ;

d) les affections neurologiques, et surtout la syphilis, que la R. A. réactive les lésions qui semblaient éteintes ou qu'elle constitue un point d'appel ;

e) enfin les tuberculeux : des cas de méningite tuberculeuse ont été signalés. Ces malades sont d'ailleurs en général hypotendus.

Ce sont justement de tels malades que nous devons opérer.

Aussi actuellement, à la Clinique Tarnier, nous employons l'anesthésie locale : tantôt l'anesthésie épidurale seule, tantôt le blocage des ganglions de Lee.

Le blocage de la base des ligaments larges suffit bien souvent chez les multipares à tissus souples, mais s'il s'agit d'une primipare, il peut être insuffisant. On a alors employé simultanément ces deux modes d'anesthésie.

De toutes façons, avec l'une ou l'autre de ces méthodes, ou les deux associées, on constate une paralysie du vagin qui permet un accès plus facile du champ opératoire. Les régions vulvaires et vaginales se laissent distendre au maximum et l'opérateur peut travailler au large, au niveau du col et du fornix.

Elle rend possible, dans les grossesses jeunes, quand l'utérus n'est pas trop volumineux, son extériorisation et la ligature des trompes.

De plus, semblable en cela à la rachianesthésie, elle agit sur le tonus musculaire, le renforce et provoque après l'opération une rétraction énergique de l'utérus, supprimant de façon presque complète l'hémorragie post-opératoire si fréquente et si grave dans l'avortement thérapeutique pratiqué sous anesthésie générale.

Enfin le blocage de ganglions de Lee rend les tractions sur l'utérus peu douloureuses et permet l'abaissement maximum de l'organe sans réactions de la part de l'opérée.

Ce mode d'anesthésie qui rend la C. V. très facile même chez les primipares est de plus non toxique, peu choquante, contrairement aux autres procédés, et d'une action et une durée suffisante pour pratiquer l'intervention en toute sûreté. Nous en avons toujours eu de bons résultats, sauf peut-être chez les femmes pusillanimes où nous avons été obligés de donner quelques bouffées d'anesthésique alors que, au point de vue local, l'anesthésie était parfaite.

TECHNIQUE

Voyons maintenant la technique de la C. V. Celle-ci est très simplifiée du fait qu'il s'agit seulement de créer un orifice assez large pour extraire soit en totalité, soit par morcellement, un fœtus de 4 mois 1/2 au maximum. Nous nous contentons le plus souvent d'une brèche antérieure.

Les rapports de l'utérus à ce moment sont les mêmes que ceux de l'utérus non gravide, mais plus intimes, à cause de son développement.

Le col, aplati d'avant en arrière, renflé à sa partie moyenne, a la forme d'un barillet. Le vagin s'insère à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen.

Le plus important pour l'opération de Durrhsen est le rapport qu'affecte la vessie avec la portion sus-vaginale du col. Dans sa moitié supérieure, le péritoine tapisse les deux organes, formant le cul-de-sac vésico-utérin. La moitié inférieure adhère par du tissu conjonctif lâche. En arrière, le péritoine descend plus bas, puisqu'il tapisse l'extrémité supérieure du cul-de-sac vaginal et le sépare du rectum.

Pas de vaisseaux importants en avant et en arrière quand on se tient sur la ligne médiane. Donc le seul

point délicat résulte de la présence de la vessie en avant, et toute l'attention de l'accoucheur devra être portée sur ce temps de l'intervention.

Heureusement chez la femme enceinte, l'imbibition gravidique permet de trouver facilement le plan de clivage à la partie inférieure et au-dessus de refouler le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin.

La femme anesthésiée est placée en position obstétricale. La vessie, le rectum ont été soigneusement vidés. L'opérateur badigeonnera de teinture d'iode la vulve et le vagin.

Une large valve réclinera la paroi vaginale postérieure, une plus étroite mettra à jour le col.

Dans un premier temps on abaisse le col au moyen de pinces tire-balle. S'il est complètement fermé on peut le rendre perméable au moyen de quelques bougies de Hégar. Puis, on refoule la vessie, temps capital de l'intervention.

Pour ce faire, on incise transversalement le cul-de-sac vaginal antérieur, à un travers de doigt environ au-dessus de l'orifice externe du col. On amorce ainsi le décollement aux ciseaux mousses. On se sert de l'extrémité des ciseaux pour refouler la muqueuse vaginale vers le haut. Quand le décollement est amorcé, on introduit le doigt qui continue la dissociation du tissu cellulaire séparant la vessie de la portion sus-vaginale du col. Quand le doigt se meut à l'aise dans l'espace inter-vésico-utérin, on glisse une valve étroite.

La surface qui doit être incisée est alors bien vi-

sible, dégagée du seul organe gênant, la vessie, que l'on protège à l'aide de la valve.

Dans un deuxième temps, on place de chaque côté de la ligne médiane une pince de Richelot. Un coup de ciseau entre elles commence l'ouverture du col. Deux pinces au-dessus, et l'on continue ainsi à inciser toute la portion supra-vaginale du col, allant même, si le fœtus est plus gros, jusqu'à 1 centimètre au-dessus de l'orifice interne du col.

On peut ouvrir de la même manière le cul-de-sac vaginal postérieur, ce qui facilite l'extériorisation de l'utérus. En pratique, la seule brèche antérieure est suffisante pour extraire l'œuf ou le fœtus.

Dans les grossesses jeunes on peut commencer l'évacuation de l'utérus avec la grosse curette mousse de Cuzzi et terminer à la curette tranchante pour enlever les derniers débris du placenta.

S'agit-il d'une grossesse plus âgée : il est très commode d'employer la pince à germe de Mouchotte, ou la pince de Bonnaire, pour sortir le fœtus de la cavité utérine. Le placenta est plus difficile à extraire avec cet instrument, mais on peut toujours terminer à la curette.

Il est prudent de faire une exploration digitale quand tout semble terminé. On repère ainsi de petits débris qui peuvent saigner les jours suivants.

L'utérus vide, on badigeonne la cavité à la teinture d'iode dédoublée. S'il ne saigne pas, il est inutile de tamponner, et l'on passe au troisième temps, la réparation des brèches.

La partie supra-vaginale est suturée par quelques points séparés au catgut n° 2. Le museau de tanche

par un ou deux points au catgut, en veillant à ne pas obturer le canal cervical.

Quant à l'incision du cul-de-sac vaginal antérieur, on peut réunir ses extrémités par un point de suture au catgut. Mais en général on se contente de placer une mèche ou un drain dans le trajet qui sépare le col de la vessie. Enfin on tamponne le vagin.

Mèche et tampon sont retirés 6 à 10 heures après l'intervention.

★
★★

On voit que la C. V. est d'autant plus facile que l'utérus est plus mobile. L'opérateur peut alors facilement l'abaisser et travailler à ciel ouvert.

Les meilleures conditions d'intervention sont donc réalisées chez les femmes dont l'utérus ne présente pas d'adhérences avec les autres organes du petit bassin, ce qui est la règle chez les femmes enceintes, soit par infection des annexes, soit par anté ou rétro-position et infection consécutive. Ces adhérences rendent en particulier difficile la recherche du plan de clivage entre vessie et col utérin, par lésions inflammatoires du tissu cellulaire les séparant.

Les complications sont exceptionnelles. Il s'écoule une légère quantité de sang quand on sectionne, mais en général, dès que l'utérus est vide, l'hémorragie s'arrête. Rarement on se trouve en présence d'une hémorragie grave. Dans ce cas d'ailleurs, on a toute facilité pour la contrôler, faire une piqûre d'ergotine intramusculaire pour parer à l'inertie du

muscle utérin, un tamponnement serré de la cavité utérine et même dans les cas urgents, terminer par une hystérectomie vaginale. De toutes façons, l'hémorragie est rare et peu à craindre, au cours de cette intervention, puisqu'on peut y remédier facilement, beaucoup plus facilement que lors du curettage avec dilatation aux bougies.

Le péritoine est exceptionnellement déchiré.

Le seul écueil de cette opération c'est l'ouverture de la vessie, ouverture qui s'oblitére parfois spontanément mais peut se terminer par la persistance d'une fistule vésico-vaginale ou même vésico-utérine.

Cependant en respectant bien la technique, suivant bien au doigt le plan de clivage découvert au ciseau, on a peu de chances de l'ouvrir, sauf les cas où, nous l'avons vu, il y a des lésions inflammatoires du tissu cellulaire intervésico-utérin.

La péritonite est aussi très rare, de même que l'infection utérine dans cette C. V. pratiquée avant 4 mois 1/2.

Enfin on a signalé des complications qui pourraient survenir à l'occasion d'une nouvelle grossesse : dystocie cicatricielle du col et même quelques ruptures utérines. Mais ce sont des craintes plus théoriques que réelles. Nous n'avons pu réunir seulement que deux observations de femmes accouchées après une première césarienne vaginale : l'une à la Clinique Tarnier, l'autre nous est fournie par Monsieur le Professeur Brindeau. Dans ces deux cas, la dilatation du col s'est effectuée normalement.

D'ailleurs ce n'est pas tant la crainte des complications qui fait délaissier la C. V. Bien des accoucheurs lui reprochent surtout sa technique plus délicate qu'une simple dilatation aux bougies ou lamineaires, la présence d'un aide, en un mot d'être une intervention trop compliquée pour évacuer l'utérus dans les grossesses jeunes.

En réalité, telle que nous l'envisageons, elle n'est guère plus compliquée. Il suffit de quelques pinces, ciseaux, et d'un aide quelconque pour tenir les valves. C'est une opération simple : deux incisions, une transversale, une longitudinale permettent de lever les obstacles siégeant au niveau du col utérin. Elle est toujours praticable, et évite toutes les complications du *post abortum*, en particulier l'infection et les hémorragies.

OBSERVATIONS

Nous avons réuni 18 observations de C. V. : 8 pour tuberculose évolutive, 3 pour accidents gravido-cardiaques, 2 pour éclampsie, 1 pour intoxication gravidique, 1 pour endométrite hémorragique, 1 pour psychose puerpérale, 1 pour pyélonéphrite et 1 pour môle hydatiforme. 10 fois nous nous sommes trouvés en présence d'une anomalie du col nécessitant la C. V., soit que la décision ait été prise immédiatement, soit après une tentative de dilatation aux bougies. 6 autres ont été motivées par l'urgence. Pour la môle hydatiforme, la dilatation obtenue par les lamineuses a été jugée insuffisante pour vider l'utérus en toute sécurité ; aussi avons-nous pratiqué la C. V. Enfin une observation qui nous a été donnée par Monsieur le Professeur agrégé Vaudescal illustre parfaitement les deux indications capitales de la C. V. : l'obstacle du col et l'urgence.

Le plus souvent, il y a donc eu une indication locale primordiale, et une secondaire donnée par la maladie en cause. Toutes ont été faites après 2 mois 1/2.

Cette opération est peu fréquente si nous la com-

parons au nombre des évacuations utérines pratiquées par une autre technique. Cependant il nous semble intéressant d'insister sur tous les avantages que la C. V. présentait et d'en préciser les indications majeures, car c'est une intervention peu grave.

Nous avons en effet perdu 2 opérées dans le *post abortum* :

1 cardiaque qui mourut de cachexie cardiaque 10 jours après l'intervention ;

1 éclamptique qui succomba 3 jours après.

Mais ces décès ne sont nullement imputables à l'intervention.

Enfin nous avons pratiqué 2 fois la section des trompes entre deux ligatures. Une fois nous avons dû abandonner ; il fut impossible d'extérioriser l'utérus par trop volumineux.

Tuberculose

Obs. n° 1. — F... Françoise, 36 ans, III^e pare.

Grossesse de 3 mois environ.

Tuberculose pulmonaire bilatérale en traitement depuis 4 ans.

Vomissements depuis le début de la grossesse.

Anesthésie régionale par blocage des ligaments larges.

2 piqûres dans les culs-de-sac latéraux.

3 piqûres dans le cul-de-sac antérieur.

On juge l'épidurale inutile.

Dilatation à l'aide d'une bougie de Hégar pour permettre l'introduction des ciseaux (col long et complètement fermé).

Décollement de la muqueuse antérieure. Refoulement de la vessie. Section verticale de la lèvre antérieure du

col puis de l'orifice interne. On arrive à sectionner sur une longueur de 7 cm. Pas de section de la lèvre postérieure.

On fait pénétrer facilement l'index puis deux doigts. On arrive sur des membranes intactes. Rupture des membranes.

Extraction du fœtus.

Délivrance artificielle au doigt.

Suture de la brèche antérieure en 1 plan.

Hémorragie très faible ; utérus se rétractant bien.

Mèche dans le col et une autre dans le cul-de-sac antérieur.

Suites normales.

Obs. n° 2. — Mme S..., IV^e pare.

Interruption de grossesse pour tuberculose pulmonaire chez une femme enceinte de 2 mois 1/2.

Anesthésie régionale par blocage de la base des ligaments larges.

Au toucher : Utérus gros comme le poing. Col extrêmement long et dur.

On décide de pratiquer une C. V. Technique habituelle. Curettage. Effondrement du cul-de-sac péritonéal. Bascule, extériorisation de l'utérus. Section des trompes entre 2 ligatures.

Suites normales.

Obs. n° 3. — Mme B..., III^e pare.

Interruption de grossesse au terme de 3 mois pour tuberculose évolutive.

On a l'intention de pratiquer l'énucléation de l'œuf par voie abdominale, et de ligaturer les trompes pour stériliser la femme.

Anesthésie de la paroi abdominale. Il existe des adhérences intestinales entourant complètement l'utérus. Il

est par suite impossible d'arriver sur le fond de l'organe. Fermeture de la paroi abdominale.

On décide d'opérer par en bas. Anesthésie épidurale et des culs-de-sac. Le col est cicatriciel et on peut à peine passer la bougie n° 8. On pratique la C. V.

Décollement à la curette de Cuzzi. Extraction de l'œuf à la pince. Pas d'hémorragie.

Suites normales.

Obs. n° 4. — Mme R..., II^e pare.

Tuberculose évolutive. Interruption de la grossesse au terme de 3 mois.

Anesthésie de la base des ligaments larges.

Tentative de dilatation aux bougies infructueuse. On fait alors une C. V. Extraction du fœtus et du placenta à la pince de Bonnaire.

Obs. n° 5. — Mme B..., 1^{re} pare.

Tuberculose pulmonaire évolutive et pyélonéphrite au terme de 3 mois.

Anesthésie régionale.

Col cicatriciel. C. V. d'après la technique habituelle.

Extraction du fœtus et du placenta à la pince.

Obs. n° 6. — Mme Ch..., I^{re} pare.

Tuberculose évolutive. Interruption de grossesse au terme de 2 mois.

Anesthésie épidurale. Col long fermé. On pratique une C. V.

Extraction du fœtus à la pince de Bonnaire et du placenta à la curette de Cuzzi.

Obs. n° 7. — Mme X..., 1^{re} pare.

Interruption de grossesse au terme de 2 mois pour tuberculose évolutive.

Anesthésie épidurale.

Col scléreux. C. V. Extraction du placenta et du fœtus à la pince de Bonnaire. Révision à la curette mousse.

Obs. n° 8. — Mme D..., 1^{re} pare.

Tuberculose évolutive. Interruption de la grossesse au terme de 3 mois 1/2.

Anesthésie régionale habituelle.

Au toucher : Col long, fermé.

C. V. Extraction du fœtus à la pince de Bonnaire. Décollement du placenta au doigt. Mèche dans le cul-de-sac antérieur. Suture du col.

Hémorragie nulle.

Cardiopathies

Obs. n° 9. — Mme M..., II^e pare.

Cyphose et accidents gravido-cardiaques rebelles aux traitements médicaux. Grossesse de 3 mois 1/2.

Devant l'urgence, on décide de pratiquer la C. V.

Anesthésie régionale. Bascule et extériorisation de l'utérus qui passe difficilement à travers l'arcade pubienne. Section des trompes entre 2 ligatures.

Obs. n° 10. — Mme B..., 1^{re} pare.

Cardiopathie et congestion pulmonaire. Interruption de grossesse au terme de 3 mois 1/2.

Anesthésie régionale.

On décide de pratiquer immédiatement la C. V. devant la gravité des accidents. Extraction du fœtus puis du placenta. Opération sans incidents.

La malade meurt 10 jours après de cachexie cardiaque.

Obs. n° 11. — Mme G..., I^{re} pare.

Interruption de grossesse au terme de 3 mois 1/2 pour insuffisance cardiaque.

Anesthésie épidurale.

C. V. suivant la technique habituelle. Extraction à la pince de Bonnaire du fœtus puis du placenta. Révision à la curette de Cuzzi.

On tente de basculer l'utérus pour la ligature des trompes, mais celui-ci trop volumineux ne peut passer à travers les voies génitales.

Eclampsie

Obs. n° 12. — Mme G..., II^e pare.

C. V. pour éclampsie chez une femme enceinte de 4 mois 1/2.

Trois jours avant l'intervention, la femme a présenté des vomissements incessants. Présence d'albumine dans les urines. 2 crises convulsives avant l'intervention. Albumine : 6 grammes au tube d'Esbach. La femme est dans le coma.

Anesthésie au chloroforme.

Le col est complètement fermé, rigide et long.

Décollement de la paroi antérieure du vagin au ras du col. Refoulement de la vessie. Incision verticale sur le segment inférieur, portant sur une longueur de 10 cm. On touche à main nue et on trouve à bout de doigt un cordon et une petite tête. On essaye d'accrocher la tête avec des pinces de Richelot ; mais on amène seulement le cordon. Section du cordon au ras du col. Saisie de la tête dans une pince de Museux. Ecrasement, et en se servant de cette pince comme tracteur, on saisit la tête dans une pince à faux germes. La tête vient facilement ainsi que le tronc.

Délivrance artificielle très difficile, la femme étant

grasse, la dilatation ne permettant pas de passer la main dans l'utérus. On arrive à décoller le placenta en morceaux. Adhérences particulièrement dans la corne droite.

Suture de l'incision segmentaire. 1 mèche dans l'utérus. 1 mèche dans le cul-de-sac antérieur.

Mort 3 jours après l'intervention dans le collapsus.

Obs. n° 13. — Mme X..., 26 ans, 1^{re} pare. (Malade de M. Vaudescal).

Interruption de grossesse pour éclampsie chez une femme enceinte de 4 mois.

Début de grossesse normal. Quelques vomissements. Pas d'albumine.

Trois jours avant l'intervention : Légères traces d'albumine.

La veille de l'intervention : La femme prend froid.

Le lendemain soir, 6 heures, première crise convulsive. Deux autres sont constatées à 9 et 10 heures du soir. La malade est alors transportée en clinique. A 5 heures le matin, deux nouvelles crises convulsives. Température normale. T. A. = 14-8. On pratique un cathétérisme de la vessie, qui permet de retirer un peu d'urine. Présence d'albumine à doses massives.

La malade est examinée par le Docteur Vaudescal ; grossesse de 4 mois. Enfant vivant. Col long non dilaté.

A la suite de cet examen nouvelle crise convulsive.

On décide d'interrompre la grossesse.

C. V. sous chloroforme.

Le col est extrêmement long, le vagin étroit. On est obligé de faire une large épisiotomie. La découverte du plan de clivage vésico-utérin est un peu délicate. Mais dès qu'on y parvient on découvre facilement le cul-de-sac vésico-utérin. Une incision de 8 cm. médiane sur la

face antérieure de l'utérus permet d'extraire facilement le fœtus et le placenta.

Suites normales.

Intoxication gravidique

Obs. n° 14. — Mme X..., I^e pare de 42 ans. (Malade de M. le Professeur Brindeau).

Grossesse de 4 mois.

Au troisième mois de la grossesse, apparition de troubles digestifs constitués principalement par des vomissements et de l'inappétence complète. L'état s'aggrave progressivement jusqu'au quatrième mois. A ce moment la femme est très amaigrie ; le teint est jaune, l'air souf-freux. Le pouls est rapide, la langue sèche, les urines rares contiennent de l'albumine et de l'indican. Le foie est gros et sensible. Devant cet état alarmant qui n'a cédé à aucun traitement, l'interruption de la grossesse est décidée.

Anesthésie épidurale ; blocage des ligaments larges par voie vaginale.

Incision transversale du cul-de-sac vaginal antérieur.

Refoulement de la vessie. Section du col. On prolonge l'incision jusqu'à ce que l'on puisse introduire deux doigts. Rupture des membranes. Ablation du fœtus à la pince. Décollement du placenta à l'aide des doigts. Tamponnement.

La malade reste dans un état grave pendant quelques jours, puis progressivement les urines deviennent plus claires et plus abondantes. L'alimentation peut être reprise et la malade guérit.

Endométrite hémorragique

Obs. n° 15. — Mme C..., III^e pare.

Grossesse de 4 mois 1/2.

Depuis 1 mois 1/2 hémorragie de sang rouge, sans

caillots, presque continue. On décide d'interrompre la grossesse.

Pose la veille d'un ballon de Champetier de Ribes. Il provoque quelques douleurs abdominales mais aucune dilatation du col.

Au toucher le col est à peine perméable.

On décide de pratiquer une C. V. On décolle au niveau du cul-de-sac antérieur du vagin, en refoulant avec une valve la vessie vers le haut. Incision de la lèvre antérieure du col. Incision de la lèvre postérieure. On atteint une dilatation pouvant admettre à peine trois doigts. On arrive à extérioriser le fœtus par morceaux en s'aidant de la pince à col. La tête reste seule incluse et est extraite à la pince à faux germes. Révision utérine. Injection intra-utérine. Tamponnement vaginal. Suites normales.

Psychose puerpérale

Obs. n° 16. — Mme B..., II^e pare.

C. V. pour psychose puerpérale au terme de 4 mois.

Au toucher : Col long, complètement fermé. On décide de faire une C. V.

Anesthésie à l'éther. Vagin souple. On abaisse le col à la vulve. On décolle le cul-de-sac. Incision sur la ligne médiane et en avant longue de 6 cm. On ne touche pas à la lèvre postérieure du col. Il devient possible de passer 2 doigts dans l'utérus. Rupture de la poche des eaux. Saisie d'un pied et extraction facile du fœtus.

Délivrance artificielle simple.

Piqûre d'hypophyse. Suture en 2 plans. Mèches utérine et vaginale.

Suites normales.

Pyélonéphrite

Obs. n° 17. — Mme P..., III^e pare.

C. V. pour évacuation rapide de l'utérus (pyélonéphrite gravidique à 4 mois 1/2).

Rachianesthésie. Résultats parfaits.

Décollement de la vessie. Incision du col sur 10 cm. Section du col en arrière. Extraction du fœtus à la pince de Bonnaire. Curettage à la curette mousse. Révision utérine. Suture de la brèche antérieure. Mèche dans l'utérus.

Môle hydatiforme

Obs. n° 18. — Mme R...

C. V. pour môle hydatiforme au terme de 3 mois.

Utérus un peu plus gros que pour une grossesse de 3 mois. Femme n'ayant jamais perdu de sang depuis le début de la grossesse. Opérée à la suite des examens de laboratoire.

Après avoir placé dans les 24 heures des tiges de lamine à trois reprises différentes, le col présente une dilatation insuffisante.

On pratique une C. V. Après avoir décollé la vessie sans difficultés, on incise le col sur 10 cm. Evacuation à la pince de Bonnaire de très nombreux débris de môle. On continue par un curage soigneux à la curette mousse de Cuzzi. On termine par une révision utérine ramenant de rares débris. Suture du col. Petite mèche entre vessie et col.

★ ★

Voici maintenant 2 observations de femmes accouchées normalement après avoir subi une césarienne vaginale.

OBS. N° 1. — Mme B... Germaine, III^e pare.

1 grossesse extra-utérine en 1921.

1 C. V. à terme en 1930.

Dernières règles du 15 au 20 octobre 1933.

20 août 1934. — Tête en voie d'engagement. Col perméable à un doigt. On sent une incision médiane antérieure, persistant sur environ 1 cm. Il semble que l'accouchement peut se faire normalement.

27 août 1934. — 6 h. 30 : Col incomplètement effacé, dilatable entre 1 et 2 fr. Sommet en voie d'engagement.

9 h. 20 : Tête engagée. Col incomplètement effacé, dilatable comme 2 fr.

28 août 1934. — 1 h. 30 : Dilatation 2 fr.

10 h. 25 : Dilatation entre petite paume et grande paume.

11 h. 45 : Accouchement normal d'un garçon vivant pesant 3.650 gr.

Délivrance normale.

OBS. N° 2. — Mme P..., II^e pare. (Malade de M. le Professeur Brindeau).

Première grossesse. C. V. pour éclampsie au huitième mois, en 1931.

Longue incision sur la ligne médiane après refoulement de la vessie. Légère incision sur la lèvre postérieure du col. Extraction du fœtus à l'aide du forceps. Délivrance artificielle. Suture des incisions au catgut. Suites normales.

Nouvelle grossesse en 1933 absolument normale. Le col présente une encoche sur la lèvre antérieure, mais la cicatrice est souple.

Accouchement normal à terme d'un fœtus pesant 3.200 grammes.

CONCLUSIONS

La C. V. est une opération bien réglée, n'ayant aucun retentissement sur les accouchements ultérieurs, au contraire des autres procédés de dilatation mécanique du col.

Considérée comme moyen d'accès de la cavité utérine, c'est une intervention simple.

L'anesthésie épidurale la rend encore plus facile.

Rarement indiquée avant 2 mois $1/2$, elle sera discutée surtout entre 2 mois $1/2$ et 4 mois $1/2$.

Elle reconnaît une indication absolue : la rigidité du col, anatomique ou pathologique.

C'est l'intervention de choix en cas d'urgence.

Ses nombreux avantages : rapidité, sûreté, absence d'hémorragie et de complications post-opératoires, sont autant d'arguments en sa faveur, au cours des maladies nécessitant l'interruption rapide de la grossesse.

En particulier il vaut mieux l'employer dans les cas d'endométrite et de môle hydatiforme, toutes les fois que la dilatation est insuffisante pour opérer à l'aise, car elle rend possible une évacuation soigneuse

de la cavité utérine et permet ainsi d'éviter les complications et les récidives.

Il faut donc discuter cette opération au même titre que les autres méthodes et la préférer s'il existe le moindre doute sur l'état du col.

Vu :

**LE DOYEN,
ROUSSY.**

Vu :

**LE PRÉSIDENT,
BRINDEAU.**

Vu et permis d'imprimer

**LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
CHARLÉTY.**

BIBLIOGRAPHIE

- BAR. — Archives mensuelles d'obstétrique et gynécologie (janvier 1915).
- BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements (Vigot, édit.).
- BÉCAVIN. — Contribution à l'étude anatomique et histologique du col (*Thèse de Paris*, 1914).
- BENGOLÉA. — Small section by vaginal route for interruption of pregnancy (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 17, 622, July 1928).
- BRODHEAD. — Vaginal cesarean section for blighted ovum (*Med. Rec. New-York*, 1916, LXXXIX, p. 712).
- CARLINI. — A propos d'une opération C. V. (*Revue Mensuelle de gynéco., d'obst. et pédiatrie*, Paris, 1919).
- Emile CHEYNET. — Considérations sur la C. V. (*Thèse de Paris*, 1929).
- COONEY. — Vaginal cesarean section in certain case of eclampsia, placenta praevia, pernicious vomiting and in hemorrhage, due to premature séparation of placenta (*Journal Lancet, Minneap.*, 1913, XXXIII, page 128).
- DENOY. — Les interventions évacuatrices de l'utérus pendant les 6 premiers mois de la grossesse (*Thèse de Paris*, 1926).
- DURRHSSEN. — Funfundzwanzig jahre vaginaler Kaiserschnitt (*Zentralblatt. f. Gyn.*, Leipzig, 1920, XLIV).

- FIST. — Sutures césariennes utérines par voie vaginale. (*The J. of Amer. Med. Assoc.*, n° 19, mai 1932).
- GANDY Maurice et HUREZ André. — Considérations pratiques sur la rachianesthésie, à propos de trois observations d'accidents tardifs (*Gazette Médicale de France*, 1^{er} juillet 1934).
- JEANNIN. — Indications et contre-indications de la C. V. (*La Médecine*, avril 1932).
- KOURILSKY (Mme). — La tuberculose pulmonaire chez la femme enceinte (*Thèse de Paris*, 1934, Librairie Arnette).
- LAENNEC. — Cardiopathie mitrale et gestation (*Thèse de Paris*, 1930, Librairie Arnette).
- LANTUÉJOU. — Les sténoses cicatricielles du col utérin (*Leçons du Jeudi soir de la Clinique Tarnier*, 1932).
- Vomissements graves et psychothérapie (*Leçon du jeudi soir à la Clinique Tarnier*, 1926).
- MORIN. — Contribution à l'allongement hypertrophique du col de l'utérus (*Thèse de Bordeaux*, 1920).
- MOUTON. — Indications de l'évacuation utérine dans les accidents gravido-cardiaques (*Thèse de Paris*, 1926).
- OUI. — Rigidité du col chez une syphilitique (*Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1913).
- DE PERETTI DELLA ROCCA. — L'anesthésie régionale dans l'évacuation de l'utérus (*Gyn. et Obst.*, septembre 1932).
- L. E. PHANEUF. — Place of vaginal section in obstetrics. (*Am. J. Obst. et Gyn.*, March 1928).
- TARNIER et CHANTREUIL. — Traité des accouchements.
- WEBIORN. — Three cases of vaginal ceasarean section for albuminurie retinitis in pregnancy (*Hygiæna*, Stockolm, 1915, LXXVII, p. 351).



BOÏC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 **IMPRIMEURS - ÉDITEURS** 00 00

00 **42, QUAI GAILLETON, 42** 00

00 00 00 00 **LYON** 00 00 00 00



